



Fiscal Intermediary
PCA/Worker Employment Termination Form

Employer (Consumer) Information:			
Consumer Number		Consumer Name	
Phone Number		Email Address	

Worker (PCA) Information			
Name		Last 4 of SSN	
Address		Phone #	

Check this box if this is an updated PCA/Worker address.

****Date of Separation**:** _____
(Date of Separation is defined as the last day that the PCA/Worker was employed by this Consumer.)

Reason for Termination (Check one reason)			
☐	Quit	☐	Laid Off
☐	Lack of Work	☐	Leave of Absence
☐	Death	☐	Fired
☐	Discharged	☐	Not Qualified
☐	Misconduct	☐	Other

If other, please explain: _____

Employer (Consumer/Surrogate) Signature: _____ **Date:** _____

**Required if no PCA/Worker Signature*

Worker (PCA) Signature: _____ **Date:** _____

**Require if no Consumer/Surrogate Signature and if PCA/Worker is using this form to also request a mailing address update*

Check this box to indicate that you are no longer employed by any consumers in the PCA Program across all FI's.

**It is the Consumer/Surrogate responsibility to notify the Fiscal Intermediary promptly if any PCA/Worker leaves or is terminated as an employee.*

The Massachusetts Wage Act requires employers to pay earned but unused paid time off if a PCA/Worker leaves or is terminated from employment. **CDC Workers are not eligible for PTO Payouts*

**This form can be submitted to the Fiscal Intermediary by either the Consumer employer or PCA/Worker. It is preferred if the form is signed by both the consumer employer and the PCA/Worker but the Fiscal Intermediary will accept the form if it is signed by one of the parties.*



Intermediario Fiscal

Formulario de Terminacion de empleo de PCA/Trabajador

Empleador(Consumidor) Informacion:			
Número de Consumidor		Nombre de Consumidor	
Número de Telefono		Correo Electronico	

Trabajador (PCA) Informacion:			
Nombre		Últimos 4 de SSN	
Dirección		Número de Telefono	

Marque esta casilla si esta es una dirección PCA/Trabajador actualizada.

****Fecha de Separación**:** _____
(Fecha de separación se define como el ultimo día que se empleó PCA/Trabajador para este Consumidor.)

Motivo de Rescision (Check one reason)			
☐	Renunciar	☐	Despedido (Laid Off)
☐	Falta de Trabajo	☐	Excedencia
☐	Muerte	☐	Despedido (Fired)
☐	Descargado	☐	No Calificado
☐	Mala Conducta	☐	Otro

Si es otro, por favor explique: _____

Empleador (Consumidor/Sustituto) Firma: _____ Fecha: _____

Requerido si no hay firma de PCA/Trabajador

Trabajador (PCA) Firma: _____ Fecha: _____

Requerido si no hay firma del consumidor/sustituto y si PCA/Trabajador esta utilizando este formulario para solicitar también una actualizacion de la dirección postal

Marque esta casilla para indicar que ya no está empleado por ningún consumidor en el programas PCA/CDC en todos los intermediarios fiscales en el estado.

**Es responsabilidad del Consumidor/Sustituto notificar al Intermediario Fiscal de inmediato si algún PCA/Trabajador se va o es despedido como empleado.*

** La Ley de Salarios de Massachusetts requiere que los empleadores paguen el tiempo libre remunerado ganado pero no utilizado si un PCA deja o es despedido de su empleo. **Los trabajadores de los CDC no son elegibles para los pagos de PTO.***

**Este formulario puede ser enviado al intermediario fiscal por el empleador del consumidor o PCA. Se prefiere que el formulario sea firmado tanto por el empleador consumidor como por el PCA/Trabajador, pero el intermediario fiscal aceptará el formulario si lo firma una de las partes.*